Dessaisissement de niveau 3 :

Principes éclairant le transfert des services de soins externes des anciens hôpitaux psychiatriques provinciaux vers des organismes communautaires de santé mentale en Ontario

Programmes de santé mentale, Direction de la santé mentale et des dépendances

Septembre 2006

Ontario

2007-00387

Table des matières

4 Approbation

5 Réforme des services de santé mentale en Ontario : le contexte du dessaisissement de niveau 3

6 La nécessité d'un Groupe de travail provincial sur le niveau 3

7 Créer un groupe de travail efficace : le mode de fonctionnement du groupe
7 Établir une perspective de collaboration
7 Communiquer
8 Poser les problèmes sur la table : le débat sur la nature du cadre « communautaire »
9 Procéder à des séances de remue-méninges

9 Un cadre pour tous
10 Définir les soins externes comme un type de programme
10 Exemples de services de soins externes
10 Hypothèses posées lors de l'élaboration de la définition de soins externes
11 Caractéristiques communes des programmes de soins externes
12 Avantages du dessaisissement
12 Avantages du dessaisissement pour les organismes transmetteurs
13 Avantages du dessaisissement pour les organismes receveurs
13 Résumé des avantages
14 Obstacles au dessaisissement
14 Obstacles au dessaisissement pour les organismes transmetteurs
15 Obstacles au dessaisissement pour les organismes receveurs
15 Résumé des obstacles

16 Vision

17 Principes

17 Principes directeurs
17 Philosophie de soins axée sur la personne
17 Intégration
18 Évolution du système de santé mentale
18 Souplesse
19 Besoins émergents
19 Maintien ou amélioration des services
20 Partage des dossiers et des renseignements
20 Surveillance et évaluation
20 Ressources humaines : divulgation
21 Ressources humaines : transfert
21 Ressources humaines : un seul déplacement
22 Formation et éducation permanente
22 Coûts liés au dessaisissement

23 Principes de fonctionnement
23 Communication
23 Planification (processus, contenu et mise en œuvre)
24 Apprentissage et partage des renseignements sur le transfert de niveau 3
24 Soutien des ministères

26 Critères

29 La voie de l'avenir

30 Liste des participants
34 Remerciements particuliers

35 Références

36 Annexe
36 Glossaire

Monsieur Ron Sapsford
Sous-ministre
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Édifice Hepburn, 10e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario) M7A 1R3

Monsieur le Sous-ministre,

Au nom du Groupe de travail provincial sur le niveau 3, j'ai l'honneur de vous soumettre notre rapport final. Comme vous le savez, ce Groupe de travail a été créé à l'été 2005 afin de proposer au ministère de la Santé et des Soins de longue durée des principes et des recommandations sur le transfert des programmes de soins externes précédemment gérés par les hôpitaux psychiatriques provinciaux vers des organismes communautaires, le cas échéant.

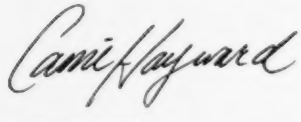
Au cours de cette tâche, le Groupe de travail a examiné de nombreux aspects du problème, notamment :

- les programmes pouvant être considérés comme des services de soins externes;
- les facteurs susceptibles d'influencer la participation des hôpitaux et des organismes communautaires aux discussions sur le dessaisissement des programmes;
- les principes qui devraient éclairer le transfert des programmes;
- les principes de fonctionnement permettant des discussions efficaces;
- les critères que les parties concernées devraient prendre en compte au moment de désigner les programmes devant faire l'objet d'un dessaisissement.

Au fil des débats, les membres du Groupe de travail ont compris que ces principes étaient non seulement importants pour le processus de dessaisissement mais qu'ils pouvaient également s'avérer utiles pour d'autres initiatives. Par exemple, ce rapport pourrait éclairer quelque peu le processus d'intégration des services qui est au cœur des réseaux locaux d'intégration des services de santé.

Les membres du Groupe de travail croient fermement que les besoins des personnes atteintes d'une maladie mentale grave, et plus particulièrement ceux ayant trait à la continuité des soins, devraient prévaloir dans l'esprit des représentants des hôpitaux et des organismes communautaires lorsqu'ils engageront et poursuivront les discussions sur le transfert des programmes de soins externes.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Sous-ministre, l'expression de ma haute considération.
La présidente,



Carrie Hayward
Groupe de travail provincial sur le niveau 3

Approbation

Les membres du Groupe de travail provincial sur le niveau 3 soutiennent et approuvent ce rapport.

Nancy Cornwell
Directrice de programme, responsable de la santé mentale
Bureau régional du Nord, MSSLD

Robert E. Cunningham
Président-directeur général
Centre de santé mentale du Nord-Est, North Bay/Sudbury

Winnie Doyle
Vice-présidente du programme intégré de santé mentale et de toxicomanie
Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton

Pamela Hines
Directrice générale
Association canadienne pour la santé mentale
Filiale du comté de Windsor-Essex

Cliff Nordal
Président-directeur général
St. Joseph's Healthcare, London

Don Palmer
Directeur général
Causeway Work Centre, Ottawa

Judy Shanks
Directrice générale
Association canadienne pour la santé mentale
Filiale Cochrane-Timiskaming

Bruce H. Swan
Président-directeur général
Services de santé Royal Ottawa

Brent Woodford
Directeur général
Adult Mental Health Services of Haldimand-Norfolk

Réforme des services de santé mentale en Ontario : le contexte du dessaisissement de niveau 3

Le dessaisissement (transfert) de la gouvernance, des programmes et des services des anciens hôpitaux psychiatriques provinciaux en faveur des hôpitaux publics a constitué l'un des plus importants changements apportés dans le cadre de la réforme des services de santé mentale en Ontario.

En 1996, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a créé la Commission de restructuration des services de santé (CRSS), organisme indépendant ayant un mandat de quatre ans, pour :

- prendre des décisions sur la restructuration des hôpitaux publics de l'Ontario;
- soumettre au ministre de la Santé et des Soins de longue durée des recommandations sur les réinvestissements et la restructuration des autres éléments du système de santé ainsi que sur les autres changements requis pour appuyer la restructuration en général et améliorer le système des services de santé de la province.

Dans le cadre de l'accomplissement de son mandat, la CRSS a recommandé au ministre de la Santé et des Soins de longue durée le dessaisissement des 10 hôpitaux psychiatriques provinciaux en faveur du système des hôpitaux publics. Depuis 1998, le ministère a transféré la gouvernance et la gestion de neuf hôpitaux psychiatriques provinciaux vers les conseils d'administration d'hôpitaux publics. Un hôpital psychiatrique reste à transférer. Le transfert de la gouvernance et de la gestion constituait le niveau 1 du processus de dessaisissement. Le niveau 2 comprend le transfert ultérieur des lits psychiatriques et des services connexes des hôpitaux publics receveurs de niveau 1 vers d'autres hôpitaux publics, conformément aux directives de la CRSS.

La logique du transfert des programmes et des services des hôpitaux psychiatriques provinciaux vers des hôpitaux publics et des organismes communautaires de santé mentale a toujours été de répondre aux besoins des personnes atteintes d'une maladie mentale grave dans le cadre le plus approprié et le moins restrictif. Le dessaisissement des hôpitaux psychiatriques provinciaux a constitué une étape importante de la réforme des services de santé mentale, qui vise à créer un système de santé communautaire efficace, coordonné et intégré.

En ce qui concerne l'enchaînement des processus, le niveau 1 du dessaisissement doit être réalisé avant les niveaux 2 et 3 mais ces derniers ne doivent pas nécessairement être effectués dans l'ordre. Le dessaisissement de niveau 2 n'est pas une exigence impérative ou une condition préalable au transfert de niveau 3. De nombreux hôpitaux receveurs de niveau 2 n'ont pas encore terminé cette phase du dessaisissement. Cependant, le ministère prépare à présent le niveau 3, qui concerne précisément le transfert des programmes et des services de soins externes des hôpitaux receveurs de niveaux 1 et 2 vers des organismes communautaires de santé mentale, le cas échéant. Les programmes de « soins externes » sont des services de santé mentale qui peuvent être fournis aux personnes dans leur propre milieu de vie (par exemple, leur domicile, leur lieu de travail, etc.) et qui ne nécessitent pas un séjour de plus de 24 heures pour la fourniture des soins médicaux[1].

[1] La définition des programmes de soins externes spécifique au dessaisissement de niveau 3 est décrite plus en détail à la page 11 de ce rapport.

La nécessité d'un Groupe de travail provincial sur le niveau 3

Pendant l'été 2005, plusieurs hôpitaux receveurs de niveaux 1 et 2 ont entamé leurs propres discussions sur la phase suivante du dessaisissement des hôpitaux psychiatriques provinciaux. Dans des courriers adressés au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ils ont insisté sur l'importance de recevoir des directives provinciales pour toutes les parties concernées avant qu'un transfert de niveau 3 soit mis en place.

Si la Commission de restructuration des services de santé et l'Équipe de mise en œuvre de la réforme des services de santé du ministère avaient énoncé des directives explicites pour les dessaisissements de niveaux 1 et 2, il n'en existait aucune pour les transferts de niveau 3. Le sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée a reconnu l'utilité de réunir un groupe de travail provincial qui pourrait commencer à élaborer un ensemble homogène de principes établissant des lignes directrices pour le dessaisissement de niveau 3.

Ce groupe serait composé d'un petit nombre de personnes essentielles, issues des hôpitaux et des organismes communautaires concernés par le dessaisissement des hôpitaux psychiatriques provinciaux, et familiarisées avec les transferts de programme, le dessaisissement des hôpitaux et la fourniture de services de santé mentale.

En août 2005, la Direction de la santé mentale et des dépendances du ministère de la Santé et des Soins de longue durée a invité quatre représentants d'hôpitaux dessaisis et quatre représentants du secteur communautaire de la santé mentale à rejoindre le personnel ministériel au sein de ce Groupe de travail. Ce dernier devait être une tribune constructive où seraient élaborés les principes destinés à régir le processus de transfert et où s'échangeraient des conseils sur des questions systémiques, cliniques, programmatiques et financières communes liées au dessaisissement de niveau 3 des programmes de soins externes vers la collectivité.

Le Groupe de travail provincial sur le niveau 3 a tenu sa première réunion à l'automne 2005. Son mandat consistait à élaborer des principes communs applicables à toute la province pour qu'ils servent de base à des discussions supplémentaires à l'échelle régionale et locale lorsque viendrait le moment de transférer des programmes de soins externes[2].

Lors de sa première réunion, le Groupe de travail a confirmé ses objectifs, à savoir :

- élaborer des principes pour éclairer le processus de transfert de niveau 3;
- formuler des recommandations sur les questions de mise en œuvre;
- élaborer une définition *ad hoc* de « services et programmes de soins externes », spécifique au processus de niveau 3.

Les réunions ont eu lieu une fois par mois à Toronto, entre octobre 2005 et mars 2006. Les membres du Groupe de travail y ont participé soit en personne, soit par téléphone au besoin, afin de maintenir la continuité des discussions et de la composition du groupe.

[2] L'utilisation de l'adjectif « régional(e) » dans ce rapport désigne une zone géographique dans laquelle les transferts pourraient avoir lieu.

Créer un groupe de travail efficace : le mode de fonctionnement du groupe

Établir une perspective de collaboration

Lors de leur première réunion, les membres du Groupe de travail provincial sur le niveau 3 ont exposé leurs attentes par rapport à leur participation au groupe, notamment :

- clarifier les directives provinciales relatives aux principes de dessaisissement, sachant qu'il faudrait faire preuve de souplesse pour répondre aux besoins dans les différentes collectivités et régions;
- faire évoluer le système de santé mentale pour qu'il intègre à la fois les hôpitaux et les organismes communautaires;
- se concentrer sur la promotion de l'intégration de l'ensemble du système de santé mentale, sans se soucier de l'endroit où les programmes et les services de soins externes sont fournis ou de l'entité qui les administre;
- comprendre que, si le groupe adhère au modèle de soins et de traitement axé sur le rétablissement, « l'appartenance » des services de soins externes est secondaire par rapport aux pratiques fondées sur l'expérience clinique et aux résultats pour les clients;
- faciliter le processus de dessaisissement pour les parties prenantes locales.

À partir de cette table ronde, le Groupe de travail a établi une perspective de collaboration reposant sur l'objectif commun d'intégrer les services de santé mentale en perturbant le moins possible le fonctionnement des services, afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles pour les clients, les consommateurs et les familles.

Communiquer

Le Groupe de travail provincial sur le niveau 3 a passé beaucoup de temps à discuter du thème de la communication interne et externe. Il a particulièrement prêté attention à l'intérêt que son mandat et ses objectifs suscitaient chez les autres parties concernées (à savoir, les associations provinciales et les groupes syndicaux représentant le personnel touché par les transferts de niveau 3) qui n'étaient pas invitées à participer au Groupe et qui avaient exprimé leurs inquiétudes en écrivant au ministère.

Les membres du Groupe de travail ont reconnu qu'ils n'auraient peut-être pas toujours l'expertise requise pour éclairer leur travail. Ils ont donc adopté une disposition conditionnelle leur permettant d'inviter des personnes extérieures en mesure d'apporter une expertise clinique pertinente au cas où des renseignements supplémentaires seraient nécessaires.

La première réunion a également comporté des discussions sur la manière de modérer l'intérêt considérable que portaient les autres parties intéressées au mandat du Groupe de travail tout en répondant à une volonté de transparence et d'ouverture. Ils ont étudié la possibilité d'utiliser un site Internet ou un serveur de liste pour permettre aux parties intéressées d'en apprendre plus sur leur travail au fur et à mesure. Cette volonté de transparence s'est finalement traduite par la création d'une section consacrée au Groupe de travail provincial sur le niveau 3 sur le site Internet public du ministère de la Santé et des Soins de longue durée[3].

[3] http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/mentalhealth/mohtier3.html

Poser les problèmes sur la table : le débat sur la nature du cadre « communautaire »

Les réunions du Groupe de travail ont rassemblé plusieurs points de vue sur les services de santé mentale fournis par les hôpitaux de soins actifs, les hôpitaux spécialisés et les organismes communautaires. Avec l'importance accordée au transfert des services des établissements institutionnels vers le milieu communautaire, le canevas fondamental de la réforme des services de santé mentale a incité le Groupe de travail à discuter des différentes manières de concevoir le terme « communauté ».

Le milieu « communautaire » se définit généralement de l'une des deux manières suivantes : d'un point de vue opérationnel, selon les relations de financement entre les programmes et leur responsable administratif, ou d'un point de vue géographique, selon la localisation des programmes. Les nuances associées aux différents environnements de travail ont permis de préciser dans quelle mesure des programmes comparables peuvent varier dans leur mise en œuvre ou les attentes relatives à leurs services, selon le milieu dans lequel ils sont proposés.

Par exemple, les hôpitaux de soins actifs et les centres universitaires des sciences de la santé sont censés être des lieux accessibles 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, et proposer des services médicaux d'urgence, des soins chirurgicaux, des soins obstétriques ainsi que des soins aux malades hospitalisés et aux patients externes. Ce sont donc des éléments nécessaires du système de santé, où les personnes malades ou blessées peuvent obtenir un traitement ou une intervention chirurgicale pour leur maladie et/ou affection pendant une période précise. Certains hôpitaux proposent également des programmes communautaires qui sont financés à même le budget des services communautaires de santé mentale. Ces programmes peuvent être offerts dans les hôpitaux ou en milieu communautaire.

Les organismes communautaires de santé mentale proposent toute une gamme de services et de soutiens qui viennent compléter les services aux malades hospitalisés des hôpitaux. Les services des organismes communautaires contribuent à réduire la fréquence des hospitalisations et la durée du séjour dans les établissements psychiatriques, visent à aider les personnes dans leur collectivité et se concentrent également sur des déterminants de la santé comme le logement et les possibilités de formation professionnelle.

Chacun des groupes peut se réclamer d'un travail dans un environnement « communautaire ». Cependant, le débat philosophique pourrait encore se poursuivre longtemps sur le fait que le cadre « communautaire » dépasse l'emplacement physique d'un programme et/ou sa source de financement. Aux fins de ce rapport, les deux groupes ont reconnu que leurs rôles complémentaires constituaient des éléments nécessaires et d'égale valeur d'un système de santé intégré et d'une collectivité en bonne santé.

Le Groupe de travail provincial sur le niveau 3 comprenait un nombre égal de représentants des hôpitaux et des organismes communautaires. Malgré un environnement de travail en apparence différent, les membres du Groupe étaient unis par un même but : soutenir la fourniture de services appropriés aux personnes souffrant d'une maladie mentale et à leur famille, au bon moment, dans le cadre le plus approprié et par le prestataire le plus approprié[1].

[1] Voir page 16, section « Vision ».

Procéder à des séances de remue-méninges

Les séances de remue-méninges ont commencé lors de la première réunion et se sont révélées un exercice fructueux pour le Groupe de travail. Leur dynamique libre a permis d'abattre un travail considérable dans un esprit de collaboration.

Lors de sa première réunion, le Groupe de travail a dressé une liste initiale de programmes et de services que l'on pouvait considérer comme des soins externes[5]. Il s'agissait d'une première étape importante dans l'élaboration des principes directeurs pour le dessaisissement de niveau 3 parce qu'elle instaurait une première entente sur les nombreux services fournis à la fois par les hôpitaux et par les organismes communautaires. Elle clarifiait également les similitudes entre les programmes et les relations pragmatiques et mutuellement avantageuses que de nombreux programmes de soins externes entretiennent avec leur responsable administratif. Les idées qui se sont dégagées des séances de remue méninges ont conduit à un débat visant à déterminer si certaines caractéristiques communes constituaient des critères d'admissibilité pour le transfert de programmes des hôpitaux vers des organismes communautaires ou si les différences inhérentes dans leur fonctionnement rendaient ces programmes plus adaptés à un environnement qu'à un autre.

La séance de remue-méninges initiale a également permis de repérer les obstacles potentiels au dessaisissement, du point de vue des organismes communautaires et des hôpitaux dessaisis. Afin de comprendre ces obstacles, le Groupe de travail a examiné les facteurs éventuels qui pourraient dissuader les responsables d'un programme communautaire d'assumer la responsabilité d'un programme précédemment administré par un hôpital. Inversement, il a également étudié les raisons pouvant amener un hôpital à refuser de transférer un programme de soins externes vers un organisme communautaire. Les caractéristiques communes et les disparités entre les programmes de soins externes, ainsi que les avantages et les obstacles liés à leur transfert des hôpitaux vers des organismes communautaires, sont décrits dans la section suivante.

Un cadre pour tous

En Ontario, la planification des politiques et des programmes en matière de santé mentale délaisse le traitement en établissement des personnes atteintes d'une maladie mentale et privilégie davantage le rétablissement de ces personnes au moyen de services efficaces et accessibles proposés en dehors des hôpitaux, dans la collectivité.

Les investissements stratégiques réalisés ces trois dernières années ont augmenté la capacité du secteur communautaire à fournir des services de santé mentale dans des domaines aussi essentiels que le traitement communautaire dynamique, la réponse en situation de crise, la gestion des cas graves et l'intervention précoce dans le traitement des psychoses[6]. D'autres investissements ont également été réalisés dans les services et les soutiens visant à aider à détourner les personnes atteintes d'une maladie mentale du système de justice pénale et du système correctionnel afin de les diriger vers des structures communautaires de santé mentale mieux adaptées aux délinquants à faible risque. Tous les services ayant bénéficié d'une augmentation de financement ces dernières années sont considérés comme des programmes de soins externes.

[5] Voir page 10 pour des exemples de services de soins externes.

[6] L'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé (accord de financement) prévoit un financement fédéral ciblé par le biais du Fonds pour la réforme de la santé de 16 milliards de dollars sur cinq ans pour les soins primaires, les soins à domicile et la couverture des médicaments chers. Aux termes de l'accord de financement, les services communautaires de santé mentale recevront 117 millions de dollars sur une période de quatre ans, de 2004-2005 à 2007-2008.

Définir les soins externes comme un type de programme

Étant donné que les services de soins externes ont été évoqués dans la définition du niveau 3, le Groupe de travail devait définir ce qu'était un programme de soins externes.

Pour ce faire, il a commencé par recenser des exemples de programmes actuellement dispensés dans les hôpitaux et pouvant être considérés comme des soins externes. Ces programmes sont déjà proposés par des organismes communautaires de l'Ontario mais pas dans l'ensemble de la province. Cet exercice a permis non pas d'établir une liste exhaustive de tous les programmes de soins externes mais plutôt d'avoir une connaissance préliminaire des programmes qui sont le plus souvent considérés comme tels.

Exemples de services de soins externes

Cette liste n'est ni détaillée ni exhaustive. Elle présente des exemples de services de soins externes en santé mentale qui sont actuellement fournis par de nombreux hôpitaux et organismes communautaires de santé mentale. Aucune recommandation n'a été formulée sur la gouvernance de ces programmes ou leur transfert dans le cadre du dessaisissement de niveau 3.

- Soutien à l'emploi
- Thérapie familiale
- Équipe de traitement communautaire dynamique
- Programmes sociaux et de loisirs
- Soins transitoires
- Logement avec services de soutien
- Programme de diminution progressive des soins
- Lits d'urgence
- Counseling/thérapie
- Déjudiciarisation
- Initiation et soutien à la vie familiale
- Gestion des cas
- Coordination des ordonnances de traitement en milieu communautaire
- Intervention précoce dans le traitement des psychoses
- Soutien communautaire
- Services d'intervention en cas de crise
- Cliniques d'hygiène mentale
- Soutien par les pairs
- Programmes de jour (counseling dans un environnement supervisé)
- Promotion de la santé : counseling en mode de vie visant à traiter les états comorbides
- Éducation du public
- Traitement des troubles concomitants
- Réadaptation psychosociale
- Aide psycho-gériatrique et consultation dans les maisons de soins de longue durée
- Clinique du mieux-être
- Programmes de jour pour les troubles de l'alimentation
- Groupes d'entraide
- Services psychiatriques médico-légaux dans les centres correctionnels
- Prévention du suicide
- Développement des compétences (aptitudes à la vie quotidienne, initiation à la vie professionnelle)
- Éducation des clients
- Programmes de toxicomanie
- Traitement des diagnostics mixtes
- Aide aux sans-abri
- Renseignements, évaluations et aiguillages

Hypothèses posées lors de l'élaboration de la définition de soins externes

Après avoir dressé la liste des programmes qu'il utiliserait comme base de travail, le Groupe a posé les hypothèses suivantes sur la fourniture des services de santé mentale dans le contexte actuel des soins de santé afin d'élaborer sa définition finale. Ces hypothèses doivent être acceptées collectivement.

- La gouvernance des services n'a pas été un facteur pour l'élaboration de cette définition.
- Quel que soit l'organisme dont ils dépendent, tous les services de soins (tertiaires, actifs ou communautaires) doivent avoir des liens et des protocoles visant à faciliter leur intégration et leur homogénéité.

- Le système actuel, qui comprend des services (soins actifs et tertiaires) proposés tant par des organismes communautaires que par des hôpitaux, fonctionne différemment en fournissant un ensemble de services qui forment un système intégré desservant les personnes, les clients, les consommateurs et les familles.
- Les services doivent être mobiles et épauler sans les supplanter les prestataires auxquels les personnes sont habituées (les prestataires communautaires suivent leur client à l'hôpital afin de fournir des soins intégrés et, le cas échéant, les prestataires communautaires et les services spécialisés suivent la personne dans la collectivité).
- L'hospitalisation doit être utilisée en dernier recours parce qu'elle perturbe la vie des personnes.

Le Groupe de travail s'est accordé sur la définition suivante des programmes de soins externes :

> Les services et les programmes de soins externes en santé mentale sont ceux qui peuvent être fournis dans le milieu de vie de la personne (p. ex., domicile, lieu de travail) et qui ne nécessitent pas un séjour de plus de 24 heures pour la fourniture des soins médicaux.

Cette définition n'inclut pas les interventions cliniques requises pour les services aux malades hospitalisés.

En élaborant la liste des programmes de soins externes, le Groupe de travail a constaté que nombre de ces programmes étaient actuellement proposés à la fois dans les hôpitaux et dans les organismes communautaires, bien que leur disponibilité ne soit pas généralisée dans tous les organismes communautaires de la province. Par conséquent, la courte liste des programmes a exigé un examen de leurs caractéristiques communes.

Caractéristiques communes des programmes de soins externes

Tous les programmes de soins externes peuvent être fournis en dehors des hôpitaux, étant donné qu'ils sont assez simples en ce sens qu'ils ne nécessitent pas de technologies ou d'équipement coûteux, contrairement aux systèmes de soins tertiaires et de soins actifs ne relevant pas de la santé mentale. Ils requièrent essentiellement des ressources humaines et emploient des professionnels de première ligne ayant des compétences similaires et des formations universitaires ou professionnelles comparables (p. ex., travailleurs sociaux, infirmières, ergothérapeutes, etc.). Si les programmes de soins externes sont largement moins coûteux à gérer que les programmes de soins aux malades hospitalisés, on ne saurait ignorer ou sous-estimer la mesure dans laquelle ils contribuent à répondre aux besoins des personnes atteintes d'une maladie mentale grave. La plupart de ces programmes adhèrent à un objectif de rétablissement et, comme ils ne sont pas rattachés à un endroit ou à un ensemble déterminé de services, ils peuvent faire preuve de souplesse et de diversité dans leur conception et leur mode de prestation. Cette souplesse leur permet d'être plus sensibles aux besoins des personnes qu'aux besoins institutionnels[7].

De nombreux programmes de soins externes dépendent des relations mutuellement avantageuses nouées entre les hôpitaux et les organismes communautaires de santé mentale. Ces programmes utilisent aisément de multiples points de raccordement vers les autres types de services et de soutiens afin que les personnes puissent accéder aux différentes parties des systèmes de santé mentale, de soins primaires ou de soins actifs lorsque s'alternent les périodes de maladie et de mieux-être. Si les programmes sont pour la plupart de type transitoire et qu'ils conduisent à d'autres composants du système de santé général et du système de santé mentale, d'autres, comme les équipes de traitement communautaire dynamique, sont des services de longue durée qui nécessitent des liens entre les établissements afin de maintenir la continuité des soins pour les clients. Les programmes de soins externes servent également de base à de nombreux étudiants, médecins internes et médecins résidents pour valider leurs unités de formation clinique.

[7] Le Groupe de travail a pris soin de souligner qu'il ne faisait aucune généralisation sur les hôpitaux et les organismes communautaires et il a reconnu que de nombreux programmes de soins externes proposés par les hôpitaux étaient novateurs, rentables et très axés sur le client.

Lorsque les clients participent simultanément à plusieurs programmes, les risques de chevauchement des services sont plus élevés, tout comme les risques liés à un manque d'intégration et de coordination au sein du secteur des services de santé mentale. Aussi les programmes de soins externes pourraient ils nécessiter des relations, des processus et des protocoles formels avec les partenaires de soins primaires, actifs et tertiaires afin de garantir la continuité des soins pour les clients.

Avantages du dessaisissement

Le chevauchement des services et l'ambiguïté des attentes fonctionnelles sont des réalités communes aux hôpitaux de soins actifs et aux organismes communautaires de santé mentale proposant des programmes de soins externes. Le dessaisissement de niveau 3 offre des avantages réciproques aux organismes transmetteurs et aux organismes receveurs.

Le transfert de programmes de soins externes des hôpitaux vers des organismes communautaires appuie l'idée maîtresse de la réforme des services de santé mentale en investissant dans des soins communautaires qui permettent aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave de vivre de façon plus autonome dans leur milieu de vie plutôt qu'à l'hôpital. Les programmes de soins externes des hôpitaux soutiennent également l'autonomie de vie dans un environnement communautaire; le transfert des programmes de soins externes des hôpitaux vers des organismes communautaires a l'avantage de permettre d'améliorer l'intégration et la coordination des prestataires de services de santé mentale complémentaires dans tout le système de santé.

Avantages du dessaisissement pour les organismes transmetteurs

Parfois, la fourniture de services de soins externes comme l'éducation du public, l'aide aux sans-abri et les logements avec services de soutien s'accorde mal avec les soins spécialisés et la fourniture à court terme de soins actifs dans de nombreux hôpitaux. Le dessaisissement permettrait aux hôpitaux de se concentrer sur leurs activités fondamentales, dans de nombreux cas, liées aux services de soins externes, afin d'assurer la continuité des soins.

Les programmes communautaires de santé mentale des hôpitaux sont financés à partir de crédits complémentaires ou distincts. Leur budget de base n'a pas bénéficié des mêmes augmentations que celui des hôpitaux. Au fil du temps, le financement de ces services s'érode ou engendre des déficits. Pour maintenir ces programmes à leurs niveaux de service et d'effectif initiaux, l'hôpital responsable doit réaliser un investissement supplémentaire en puisant dans son budget global ou dans d'autres sources.

Les hôpitaux comprenant souvent plusieurs campus, certains de leurs services de soins externes sont parfois fournis loin du site principal. D'un point de vue organisationnel, le transfert de ces programmes vers des organismes communautaires locaux pourrait améliorer l'efficacité des hôpitaux.

Les politiques fermes des hôpitaux peuvent entraver la fourniture des services de soins externes si elles sont trop restrictives. Les organismes communautaires, qui disposent de plus de souplesse et de moyens spécialisés pour la conception et la mise en œuvre de leurs programmes, pourraient être mieux à même de proposer des programmes qui exigent plus de latitude dans leur application afin d'être efficaces, comme les services d'aide à l'emploi.

De même, les organismes communautaires ont de nombreux intérêts à accepter les programmes de soins externes des hôpitaux dessaisis.

Avantages du dessaisissement pour les organismes receveurs

Les organismes communautaires de santé mentale souhaitent élargir leur continuum de services et sont prêts à le faire. Ils possèdent déjà une vaste expérience de la fourniture de services de soins externes. En acceptant des programmes supplémentaires, ils étendront vraisemblablement leur gamme de services existante. L'augmentation de la quantité et de la diversité des services proposés par ces organismes contribuera à créer une masse critique et permettra une plus grande spécialisation des services de santé mentale du secteur communautaire. L'accueil de programmes de soins externes pourra également créer des synergies avec les autres services connexes de santé mentale afin de réduire la compétition pour les ressources.

En acceptant des programmes transférés, les services communautaires de santé mentale peuvent acquérir plus de souplesse et répondre plus efficacement aux besoins des personnes en faisant preuve de créativité dans la composition de leur personnel et dans leur mode de prestation. Cette sensibilité transparaît dans les nombreuses possibilités de responsabilisation que ces organismes communautaires offrent à leurs clients afin de jouer un rôle actif dans la gouvernance de l'établissement et dans l'élaboration et la planification des programmes. De même, le potentiel d'innovation des programmes pourrait étendre la capacité de service et contribuer à promouvoir la fourniture de services communautaires de santé mentale comme une possibilité de carrière attrayante.

En acceptant des programmes d'hôpitaux dessaisis, les organismes communautaires élargiraient la portée de leurs services de santé mentale, augmenteraient l'importance de ceux-ci et changeraient probablement la manière dont ces services sont perçus. Le transfert des programmes de soins externes vers des organismes communautaires peut modifier la façon dont ces derniers sont perçus par le public et les professionnels, qui pourraient être amenés à les accepter et à les apprécier, particulièrement lorsque nombre de ces programmes de soins externes sont déjà proposés par des organismes communautaires dans d'autres régions de la province. Ce transfert pourrait également contribuer à résoudre le vaste problème de l'harmonisation des salaires dans le secteur des services de santé mentale.

Le dessaisissement de niveau 3 permettrait probablement d'atténuer la flétrissure sociale associée à la recherche d'aide pour une maladie mentale, puisque les programmes proposés par les organismes communautaires sont plus visibles du public que ceux dispensés entre les murs des hôpitaux. Les services non hospitaliers pourraient faciliter les efforts de rétablissement des personnes s'ils étaient dispensés au sein des organismes communautaires, souvent perçus pour leur part comme des lieux plus ordinaires et moins axés sur la maladie.

L'accueil de programmes transférés pourrait faciliter l'évolution des relations locales entre les hôpitaux et les organismes communautaires et, par conséquent, améliorer l'ensemble de la capacité communautaire. La capacité accrue du secteur communautaire de la santé mentale favorise le besoin en formation professionnelle continue, qui pourrait prendre la forme de possibilités de formation universitaire et professionnelle communes entre les hôpitaux et les prestataires communautaires.

Résumé des avantages

Le dessaisissement de niveau 3 peut contribuer à clarifier les rôles et les attentes de service des organismes transmetteurs et receveurs. Le dessaisissement offre aux hôpitaux la possibilité de concentrer des ressources peu abondantes dans des activités de traitement spécialisé pour les personnes malades et blessées. Il encourage également les hôpitaux à entretenir des relations avec leurs organismes communautaires locaux, ce qui peut améliorer l'intégration des services de santé mentale dans tout le système de santé.

De même, le transfert de programmes de soins externes est l'occasion de renforcer la capacité du secteur communautaire de la santé mentale en élargissant sa portée opérationnelle et en améliorant la manière dont le public perçoit les services de santé mentale fournis en dehors des hôpitaux, tout en favorisant la collaboration et l'intégration avec les partenaires hospitaliers pour multiplier les possibilités de formation et d'apprentissage offertes au personnel des programmes.

Le dessaisissement de niveau 3 appuie la vision provinciale de la réforme des services de santé mentale en tant que système de soins intégrés et coordonnés et en même temps permet de définir clairement le rôle des hôpitaux et des organismes communautaires de santé mentale ainsi que les attentes à leur égard.

Néanmoins, la question du transfert de niveau 3 soulève des inquiétudes chez les organismes transmetteurs et receveurs. La section suivante présente les appréhensions de ces deux groupes à l'égard du dessaisissement et de l'acceptation de programmes de soins externes.

Obstacles au dessaisissement

Tout comme ils pourraient percevoir de nombreux avantages à transférer leurs programmes de soins externes vers des organismes communautaires, les hôpitaux pourraient trouver une certaine logique à conserver ces programmes sous leur responsabilité. De même, les organismes communautaires ont des raisons d'hésiter à accepter la responsabilité des programmes ayant fait l'objet d'un dessaisissement. Les sections suivantes proposent des arguments contre le dessaisissement de niveau 3, du point de vue des hôpitaux et des organismes communautaires.

Obstacles au dessaisissement pour les organismes transmetteurs

Certains programmes font peut-être partie intégrante des soins spécialisés qu'un hôpital propose à ses patients externes et leur transfert risque de compromettre l'intégrité des soins. De même, des membres essentiels du programme (p. ex., les psychiatres) ne souhaitent peut être pas quitter un programme hospitalier qui propose des services aux malades hospitalisés et des services communautaires et l'on pourrait assister à une perte de masse critique pour certains services après le dessaisissement.

En cette période de transformation du paysage des soins de santé, si le budget de fonctionnement des programmes communautaires de santé mentale devait être gelé, la capacité future du secteur pourrait diminuer et les services pourraient s'éroder, renvoyant aux hôpitaux la responsabilité des soins.

Les prestataires communautaires ne peuvent pas tous fournir des services de manière égale ou dans les mêmes conditions que les hôpitaux. Par exemple, en ce qui concerne la planification efficace des sorties, on constate un manque apparent de confiance dans la capacité des organismes communautaires à assurer une prise en charge opportune des clients, laquelle confère à un hôpital sa capacité à être efficace. On craint que les prestataires communautaires n'aient pas les capacités requises pour fournir des programmes cliniques dans l'état actuel des choses et qu'ils ne soient pas prêts à les accueillir.

Si les programmes de soins externes devaient être transférés en dehors des hôpitaux, l'efficacité du diagnostic pourrait s'en ressentir. Certaines personnes devront peut-être se déplacer entre de multiples sites pour recevoir une évaluation. De même, un transfert physique des programmes pourrait obliger le personnel à se déplacer entre différents sites afin de fournir les soins, ce qui pourrait réduire l'efficacité opérationnelle. Une modification de l'administration du programme pourrait également entraîner une diminution éventuelle du nombre de sites agréés (et de clients) aux fins de la formation universitaire.

Obstacles au dessaisissement pour les organismes receveurs

Les dépenses éventuelles liées à un dessaisissement de niveau 3 constituent probablement le principal obstacle pour de nombreux organismes communautaires. Les organismes encourront probablement des coûts dépassant les fonds transférés avec un programme, en héritant par exemple un déficit qu'ils ne peuvent pas gérer. En outre, les organismes communautaires ont besoin de garanties pour s'assurer que leurs services seront préservés grâce à des hausses annualisées leur permettant de suivre l'inflation et les autres inducteurs de coûts. Les organismes de petite taille pourraient être incapables de gérer administrativement les programmes transférés, tout simplement parce qu'ils ne disposent pas de la même infrastructure que la plupart des hôpitaux. Contraints d'accueillir un personnel habitué à travailler dans un environnement hospitalier, certains organismes communautaires risqueraient de ne pas pouvoir gérer les salaires escomptés à long terme ou les problèmes de taux différentiels (parité salariale). Toute incapacité à recruter du personnel qualifié aura des répercussions sur la capacité de l'organisme à proposer des programmes efficaces. Les transferts de niveau 3 pourraient également conduire à la syndicalisation de ces organismes, ce qui constituerait pour certains un changement important.

À part les dépenses, les programmes transférés par les hôpitaux pourraient être inadaptables et par ailleurs incompatibles avec la culture, la philosophie ou le modèle de soins de l'organisme. Inversement, certains organismes pourraient manquer de l'expertise préalable requise pour certains types de programmes et ne pas être prêts à développer une expertise interne.

L'accueil de programmes de soins externes des hôpitaux pourrait engendrer une dépendance excessive à l'égard des centres universitaires des sciences de la santé et de leurs programmes. De même, les exigences des autres programmes affiliés (p. ex., les audiences de la Commission ontarienne d'examen) pourraient être trop pénibles à gérer pour certains organismes.

Enfin, les préjugés que pourraient avoir le public ou même le personnel de l'organisme receveur sur la gravité de la maladie des clients des programmes hospitaliers transférés pourraient entraver la capacité de l'organisme à assurer l'efficacité du programme.

Résumé des obstacles

Le dessaisissement de niveau 3 est une source de préoccupation, tant pour les organismes transmetteurs que pour les organismes receveurs. Des changements de paradigme sont nécessaires afin de donner confiance dans la capacité du secteur communautaire à fournir des soins cliniques efficaces et comparables aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave.

Du point de vue du secteur communautaire, le coût est une préoccupation majeure au moment d'envisager un transfert de niveau 3. Bien qu'ils soient prêts sur le plan clinique et qu'ils souhaitent étendre et améliorer le système communautaire des services de santé mentale, les organismes communautaires n'ont pas bénéficié du même type de financement que les hôpitaux en termes de portée et de stabilité et ils ont des préoccupations réelles en ce qui concerne la prise en charge de responsabilités et de programmes supplémentaires compte tenu de leurs ressources limitées dans le passé.

Même si les deux secteurs émettent des réserves sur le dessaisissement de niveau 3, ils acceptent que la réforme des services de santé mentale modifie l'équilibre de la prestation de services, en dessaisissant les hôpitaux en faveur des organismes communautaires. Une planification et une communication efficaces seront indispensables pour assurer la réussite du transfert des programmes et garantir la cohérence des négociations sur le dessaisissement de niveau 3 dans la province. Les établissements qui envisagent de prendre part au dessaisissement de niveau 3 devront engager ensemble un dialogue critique afin de planifier le processus de manière stratégique, appropriée et minutieuse. Ils devront prendre en compte les paramètres et les intérêts de toutes les parties concernées, lesquelles incluent les clients et leur famille, afin d'évaluer les avantages et les incidences de toutes les solutions de transfert viables.

La transformation du système de santé ontarien étant imminente, le dessaisissement de niveau 3 devient de plus en plus probable pour de nombreux organismes et le processus nécessite donc une vision commune à tous les acteurs.

Vision

Le gouvernement de l'Ontario a pour principale priorité d'améliorer les soins de santé. Pour ce faire, il a entrepris une réforme fondamentale du système de soins de santé afin de créer un système orienté vers les clients, axé sur les résultats, intégré et viable. La transformation du système de soins de santé provincial offre l'occasion de faire les choses différemment.

Tout au long de son mandat, le Groupe de travail a élaboré des principes directeurs pour le dessaisissement de niveau 3 en se fondant sur les valeurs communes qui ont placé la santé et le mieux-être des personnes au premier rang des débats. Il a cru au potentiel d'un système de soins de santé intégré reposant sur des pratiques fondées sur l'expérience clinique et abordant tous les déterminants de la santé de la population. Un tel système de soins de santé favoriserait et préserverait les partenariats de collaboration, respecterait l'autonomie individuelle et reconnaîtrait la capacité des personnes à s'épanouir, dans la santé ou la maladie, lorsqu'elles reçoivent des soins et un soutien appropriés.

Les facteurs déterminants de la santé de la population étant avant tout le revenu, le logement et les aides à l'emploi, le Groupe de travail a énoncé la vision suivante pour le dessaisissement de niveau 3:

> Les personnes souffrant d'une maladie mentale doivent recevoir des services adaptés à leurs besoins individuels, fournis par le prestataire ou l'équipe de prestataires les plus appropriés, dans le cadre le moins intrusif et le plus normalisé, compte tenu de leur situation particulière.

Cette vision nécessite la compréhension d'un système intégré dont tous les éléments œuvrent conjointement afin de soutenir les personnes atteintes d'une maladie mentale grave qui bénéficient de soins communautaires, ainsi qu'une attention toute particulière aux méthodes et au cadre choisis pour les dispenser plutôt qu'à l'appartenance ou à l'administration des services.

Principes

Lors de sa deuxième réunion, le Groupe de travail provincial sur le niveau 3 a commencé à examiner un grand nombre de principes préliminaires pour éclairer le processus de dessaisissement et a jugé nécessaire de définir des critères susceptibles de fournir une orientation sur les programmes et les services à transférer[8].

Au fil du débat sur les principes possibles du dessaisissement, le Groupe de travail a reconnu que deux catégories de principes étaient nécessaires : des principes directeurs, pour éclairer le transfert des programmes, et des principes de fonctionnement, pour assurer l'efficacité des débats sur le dessaisissement de niveau 3 entre les partenaires de la planification à l'échelon local et régional.

Principes directeurs

Les principes directeurs sont les valeurs et les opinions fondamentales qui définissent la manière dont les programmes faisant l'objet d'un dessaisissement devraient être transférés et améliorer le système des services de santé mentale, présentent les éléments essentiels et proposent un contexte de base pour contribuer à la réalisation de la vision globale. Les principes directeurs énoncés ci-après sont classés par ordre d'importance.

Philosophie de soins axée sur la personne

> Il faut continuer à appuyer les programmes et les services qui se concentrent sur le rétablissement et le mieux-être d'une personne, en respectant le droit de chacun à participer à la vie de sa collectivité et à atteindre son plein potentiel.

L'adhésion à une philosophie de soins axée sur la personne ou le client est un premier principe important parce qu'il est ainsi reconnu que les personnes atteintes d'une maladie mentale préfèrent se concentrer sur leur mieux-être plutôt que sur leur maladie. Ce principe nécessite que les personnes atteintes d'une maladie mentale soient considérées comme des êtres humains avant tout et non comme un ensemble de comportements pathologiques ou de diagnostics médicaux.

Une philosophie de soins axée sur la personne appelle également une vision plus large de la santé, selon laquelle la promotion de cette dernière et les facteurs qui l'influencent, ainsi que les relations avec les clients et leur famille, sont des éléments nécessaires pour assurer le mieux-être dans la guérison.

Intégration

> L'intégration requiert la concertation des services, des prestataires et des organismes de tout le continuum des soins afin de proposer des services complémentaires et cordonnés qui constitueront un système cohérent et unifié assurant la continuité des soins pour les personnes[9].

[8] Voir page 26 pour une explication détaillée des critères de dessaisissement recommandés par le Groupe de travail.

[9] Cette définition de l'intégration est une adaptation de celle proposée par le Conseil canadien d'agrément des services de santé dans *Achieving Improved Measurement Standards* (normes de réalisation d'une mesure améliorée), 2e édition, 2002.

L'intégration s'articule autour de l'importance de la continuité des soins reçus par une personne, laquelle ne doit pas être déterminée ou modifiée selon la source de financement d'un programme ou son responsable administratif.

Le dessaisissement de niveau 3 se prête parfaitement à un alignement avec les autres efforts de planification et d'intégration du système, comme la définition de normes de programme provinciales et de pratiques de rémunération communes. Il faut aussi avoir la possibilité de mettre la technologie au service de l'efficacité.

L'intégration sous-entend le regroupement et la coordination des services dans l'ensemble du système existant des services de santé mentale grâce à l'adoption d'une politique « d'exclusion zéro » empêchant d'utiliser les critères pour exclure des personnes de la participation aux programmes. Les critères d'exclusion sont des obstacles à l'intégration, aux soins partagés et à l'amélioration de la capacité du système.

Évolution du système de santé mentale

Le processus de dessaisissement doit être étayé et éclairé par les politiques, consultations et initiatives de planification antérieures, tenir compte de l'évolution du système de santé mentale et pouvoir s'y adapter.

La réforme des services de santé mentale est un processus évolutif qui repose sur des efforts faisant entrer en jeu de multiples consultations, évaluations, cadres de responsabilisation, rapports spéciaux, cadres stratégiques, plans de mise en œuvre et initiatives stratégiques. S'il est vrai que les travaux précédents, qui ont contribué à changer la conception et la fourniture des services de santé mentale[10], pourraient éclairer utilement la planification du dessaisissement de niveau 3, celle-ci doit également tenir compte du fait que le système n'est pas statique[10]. Par exemple, lors de leur élaboration, ces documents antérieurs n'envisageaient pas la mise en place des réseaux locaux d'intégration des services de santé. Comme le système de santé mentale est dynamique, il doit évoluer en même temps que les besoins de la population et que les progrès techniques, cliniques et conceptuels.

Souplesse

Les décisions sur le transfert des services doivent permettre de réaliser un équilibre entre, d'une part, les pratiques fondées sur l'expérience clinique et les approches normalisées renforçant la fourniture des services, le rendement du système et l'utilisation des ressources et, d'autre part, la souplesse requise pour répondre le plus efficacement possible aux besoins individuels et locaux dynamiques et uniques.

Suivant l'affirmation selon laquelle le système des services de santé mentale est en évolution constante, le principe de souplesse répond à la nécessité pour les prestataires de services de tenir compte des besoins uniques de chaque personne et de chaque collectivité et d'adapter leur programme en conséquence.

Conformément à la vision du dessaisissement de niveau 3, aux termes de laquelle « les personnes souffrant d'une maladie mentale doivent recevoir des services adaptés à leurs besoins individuels, fournis par le prestataire ou l'équipe de prestataires les plus appropriés, dans le cadre le moins intrusif et le plus normalisé, compte tenu de leur situation particulière », il faut faire preuve de souplesse pour adapter les services aux besoins des clients, selon leur degré de maladie/ou de mieux-être.

[10] Voir à la page 35 la liste des documents de référence qui constituent le contexte historique et actuel de la réforme des services de santé mentale en Ontario.

Ce principe suggère que les questions de gouvernance ont une importance secondaire dans le processus de dessaisissement de niveau 3 parce qu'il est essentiel de soutenir les personnes de la manière la moins intrusive tout en optimisant les ressources et en minimisant le double emploi des services (à savoir, fourniture de services de gestion des cas graves par opposition à l'ordonnance de traitement en milieu communautaire). En outre, si les données probantes et les normes doivent autant que possible éclairer le débat sur le dessaisissement de niveau 3, il faut néanmoins tenir compte des besoins locaux et individuels et des ententes existantes. L'essentiel est d'obtenir les meilleurs résultats pour les clients.

Besoins émergents

> Le système de santé mentale est dynamique et doit en permanence s'adapter à l'évolution des besoins. La participation des parties prenantes éclairera les négociations sur la transformation des services et les protocoles pour préserver et améliorer la continuité des soins, l'efficacité des services et la responsabilisation interinstitutionnelle, de manière à garantir des pratiques fondées sur l'expérience clinique et des normes reconnues[11].

Dans un système dynamique, la conception et la fourniture d'un programme évoluent en fonction des besoins de la population cliente. Ce principe souligne la nécessité d'être conscient de l'évolution des besoins des clients et des collectivités et de la transformation des services et de s'y adapter grâce à des pratiques fondées sur l'expérience clinique, tout en assumant la responsabilité des changements de service qui ont des répercussions sur les clients et les autres parties prenantes.

La transformation des services dans le secteur de la santé mentale oblige les prestataires à collaborer, à négocier et à s'entendre sur les changements éventuels des programmes et à clarifier la manière dont se traduiront ces changements à la suite du dessaisissement de niveau 3, afin d'atténuer les perturbations du service et d'assurer la continuité des soins pour les clients.

Étant donné que les organismes communautaires accueilleront les programmes ayant fait l'objet d'un dessaisissement, les protocoles de service pourraient présenter une plus grande importance, particulièrement en ce qui a trait à la planification des sorties et aux procédures de réadmission.

Maintien ou amélioration des services

> Tous les transferts doivent permettre de maintenir ou d'améliorer la capacité et/ou la qualité des services existants.

Le dessaisissement de niveau 3 vise à maintenir ou à améliorer la fourniture des services de santé mentale grâce à une meilleure intégration et à une meilleure coordination au sein du système existant. Son but est d'améliorer l'efficacité du système en investissant dans les soins communautaires et en développant sa capacité à desservir ses clients dans leur milieu de vie. Le dessaisissement de niveau 3 n'est pas une tentative de réduction des organismes pour essayer de rendre le système de santé mentale plus économique et plus responsable.

[11] Les parties prenantes sont notamment les clients/consommateurs, les familles, les organismes fournissant des services de toxicomanie et de santé mentale, et les intervenants en matière de santé, et peuvent inclure d'autres acteurs comme des policiers ou d'autres ministères (par exemple, le ministère des Services sociaux et communautaires), selon les besoins des clients et l'orientation du programme.

Partage des dossiers et des renseignements

Conformément aux exigences de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, les organismes transmetteurs doivent transférer des copies des dossiers médicaux et autres documents requis/pertinents et/ou renseignements relatifs au programme afin de garantir la continuité des soins ainsi qu'une transition homogène des programmes vers les organismes receveurs. Des protocoles doivent être instaurés pour le partage continu des renseignements entre les organismes afin d'établir des liens garantissant la continuité des soins.

Aux termes de la législation ontarienne, tous les dépositaires de renseignements sur la santé ayant accès au dossier de santé personnel d'un client doivent se conformer aux responsabilités énoncées dans la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*. Cette loi définit un ensemble complet de règles sur la manière dont les renseignements personnels sur la santé peuvent être collectés, utilisés ou divulgués dans le système de santé provincial. Ce principe stipule que tout transfert de programme d'un hôpital vers un organisme communautaire doit s'accompagner d'un protocole sur le partage des renseignements qui ne disparaît pas au transfert du programme, afin de tenir compte des clients qui passent d'un environnement à un autre lorsque s'alternent des périodes de maladie et de mieux-être.

Surveillance et évaluation

L'évaluation est un élément essentiel pour le processus de transfert. L'évaluation de l'incidence du transfert d'un service doit être multidimensionnelle et inclure les clients et leur famille, les prestataires de services et les aspects liés au système, ainsi que toutes les incidences sur la recherche et sur la formation des intervenants en matière de santé.

L'évaluation est un élément essentiel de la conception d'un programme et de la maintenance du système. Elle permet d'établir si les changements réalisés aux niveaux micro ou macro ont donné les résultats souhaités et/ou ont eu des incidences sur d'autres éléments du système, et de faire les ajustements nécessaires. Étant donné que les réseaux locaux d'intégration des services de santé jouent un rôle essentiel dans la planification des services de santé, toutes les parties concernées devront absolument participer à l'évaluation des transferts de programme afin d'établir si les objectifs ont été atteints et si d'autres stratégies doivent être adoptées.

Ressources humaines : divulgation

Avant toute négociation sur le transfert d'un service, les organismes transmetteurs et les receveurs potentiels doivent divulguer l'ensemble des renseignements sur la composition de leur personnel et sur leur environnement de travail.

Lors de l'élaboration de sa vision sur le dessaisissement de niveau 3, le Groupe de travail s'est appuyé sur la déclaration de principe fondamentale du *rapport final sur le transfert des programmes régionaux de santé mentale et de toxicomanie dans le Nord-Est de l'Ontario* :

> [Traduction] « Les principes directeurs sont élaborés afin de minimiser les perturbations dans les effectifs et de garantir que la satisfaction des besoins en santé des patients reste notre priorité principale. Le processus devra être aussi transparent que possible. Les employés seront régulièrement informés des progrès de l'intégration et de l'incidence que celle-ci aura pour eux. Les personnes sont des ressources précieuses et seront traitées avec justice et équité. Les membres du personnel seront invités à donner leur avis quand ce sera possible et les négociations locales respecteront les principes définis. »

Ce principe traite des préoccupations que le dessaisissement de niveau 3 pourrait susciter chez les organismes transmetteurs et receveurs en ce qui concerne les ressources humaines. En insistant sur une divulgation complète des renseignements relatifs à l'environnement de travail avant le début des négociations sur le dessaisissement, les organismes receveurs potentiels peuvent prendre des décisions entièrement éclairées et fondées sur des attentes réalistes et sur une bonne connaissance de la situation existante. La législation pertinente et les conventions collectives éclaireront également les transferts de niveau 3.

Ressources humaines : transfert

Le transfert de programme est l'approche privilégiée pour le transfert des ressources humaines afin d'améliorer la cohérence avec les autres principes, de réduire les perturbations et de préserver l'intégrité du programme.

Les ressources humaines sont le bien le plus précieux d'un organisme. Il est essentiel de préserver la cohérence des relations entre les personnes recevant les soins et leurs prestataires de services. Lorsque le personnel craint pour la sécurité de son emploi en raison d'un changement de structure ou d'administration, comme un transfert de niveau 3, les soins aux clients risquent de s'en trouver compromis par inadvertance.

Le dessaisissement de niveau 3 vise à préserver les capacités existantes et à en créer de nouvelles dans le système de soins de santé mentale. Pour les programmes faisant l'objet de négociations en vue d'un transfert vers des organismes communautaires, ce principe suggère d'encourager le personnel des organismes transmetteurs à suivre son travail chaque fois que c'est possible, tout en le tenant informé de ses autres solutions (p. ex., réaffectation, cessation d'emploi, retraite anticipée, etc.). Les transferts de programme maintiendraient le personnel du programme et préserveraient la continuité des soins et des services.

Ressources humaines : un seul déplacement

Chaque région concernée par un transfert de niveau 3 doit élaborer un plan de transfert succinct et efficace qui inclura une stratégie d'aide à l'adaptation des travailleurs avec un calendrier défini qui perturbera le moins possible la continuité des services et facilitera les transitions du personnel pour éviter les multiples déplacements.

Pour transférer en douceur les programmes de soins externes vers un nouvel emplacement, il vaut mieux cibler un seul déplacement plutôt que plusieurs, si possible. Par exemple, une transition idéale consisterait à transférer un programme directement d'un hôpital vers un organisme communautaire plutôt que d'un hôpital vers un autre hôpital puis vers un organisme communautaire. Une telle approche réduit au minimum les perturbations du système, les incertitudes du personnel et les coûts. Ce principe souligne l'attente selon laquelle les organismes transmetteurs et receveurs collaboreront afin de concevoir un plan de transfert mutuellement avantageux et tenant compte des incidences du transfert sur le personnel et les clients.

Ce principe exige un calendrier adapté aux milieux syndiqués et un ordonnancement des démarches syndicales telles que les décisions des employés sur leurs droits. Les questions particulières liées au calendrier sont décrites plus en détail dans les « Principes de fonctionnement », sous la rubrique « Planification ».

Formation et éducation permanente

Les transferts de services doivent favoriser les possibilités de recherche, d'éducation et de formation pour les praticiens actuels et futurs dans les hôpitaux et les organismes communautaires afin de garantir l'excellence des soins fournis aux personnes ayant besoin de services de santé mentale et/ou de toxicomanie.

Les ressources humaines constituant un atout essentiel, il est impératif de conserver les possibilités d'assurer la formation et l'éducation continue de ces précieux travailleurs et de saisir les nouvelles occasions de le faire. Ce principe nécessite que les organismes transmetteurs et receveurs créent des liens avec les collèges et les universités afin de proposer des solutions en matière de recherche, de formation et de stage dans tous les domaines des services de santé mentale.

Coûts liés au dessaisissement

Les « coûts » comprennent les coûts directs comme les salaires, les avantages sociaux et le fonctionnement des programmes et les coûts indirects comme les infrastructures, les services publics et la gestion. Pour tous les transferts de niveau 3, la méthode de financement des transferts de programme sera définie selon une approche cohérente. Cette méthode prendra en compte les coûts encourus avant et après le transfert et pendant la transition, tant pour les organismes transmetteurs que pour les organismes receveurs.

Les coûts liés au dessaisissement de niveau 3 pourraient ne pas être contractés de manière séquentielle. Les organismes transmetteurs et les organismes receveurs seraient bien avisés d'examiner les principes associés au dessaisissement de niveau 2 afin de comprendre la manière dont les transferts peuvent influencer les coûts en dehors des frais initiaux liés au déplacement d'un programme et de tous ses éléments d'un lieu à un autre.

Ce principe fait ressortir la différence entre les coûts ponctuels, les coûts d'infrastructure, qui pourraient être moins évidents pour les organismes receveurs, et les frais de transition, qui pourraient être problématiques tant pour les organismes transmetteurs que pour les organismes receveurs. Il suppose également l'adoption, dans l'ensemble de la province, d'une seule et unique méthode de financement pour le transfert des programmes.

Le Groupe de travail provincial sur le niveau 3 a également isolé les coûts uniques qui pourraient se présenter, comme le versement d'indemnités de départ. Les coûts associés au départ d'employés ne sont pas pris en compte dans le budget existant des organismes transmetteurs et doivent donc être considérés comme des frais exceptionnels qui méritent une attention particulière de la part du ministère au moment d'élaborer une méthode de financement uniforme.

Principes de fonctionnement

Les principes de fonctionnement couvrent les éléments de planification fondamentaux et le travail de base requis lors des étapes de préparation et de mise en œuvre des transferts de niveau 3.

Communication

Première étape du processus de dessaisissement : il est essentiel d'établir un plan de communication proactif. La communication doit être franche, transparente et ouverte afin de veiller à ce que les messages soient délivrés en temps opportun et de manière cohérente entre toutes les parties prenantes et à ce que les participants au processus aient le moins d'incertitudes possible.

Une stratégie de communication écrite franche est nécessaire pour assurer la transmission cohérente et opportune des messages relatifs aux transferts de programme à toutes les parties intéressées. Informer toutes les parties concernées, notamment les clients, leur famille et le personnel des organismes transmetteurs et receveurs, du processus de dessaisissement et de sa progression, peut atténuer les angoisses et garantir une compréhension commune du processus et des nouvelles orientations.

Planification (processus, contenu et mise en œuvre)

L'élaboration d'un plan de dessaisissement de niveau 3, notamment de ses paramètres, est nécessaire. Le plan doit utiliser une carte des services existants et tenir compte des services de santé dont la population a besoin, ainsi que de la capacité et des intérêts de l'ensemble des parties, présentés dans la section « Critères » de ce rapport, afin d'évaluer les avantages et les incidences de toutes les solutions viables.

Les plans de transfert doivent contenir une description détaillée de la considération accordée à chaque principe et un ensemble cohérent d'exigences en matière de contenu.

La planification du dessaisissement de niveau 3 doit comprendre l'élaboration d'un calendrier avec une date cible de mise en œuvre ou d'achèvement, y compris l'élaboration d'un plan de services, la participation des parties prenantes, les négociations, la détermination des transferts, les approbations, le transfert concret des programmes et les ajustements connexes au niveau des ressources humaines.

Ce principe exige que les organismes transmetteurs et receveurs tiennent compte des besoins actuels et futurs en services lors de la négociation d'un transfert de programme. Un inventaire à jour des services communautaires permet aux parties en négociation d'étudier toutes les solutions de transfert viables ainsi que les incidences et les avantages connexes.

Dans l'idéal, la planification du dessaisissement devrait être un processus ininterrompu et rapide (s'échelonnant par exemple sur 12 mois). Les transferts de programme ont besoin d'un calendrier de préparation et de mise en œuvre venant compléter le volet « ressources humaines » du plan de transfert des services. Comparer le plan de transfert des services avec ces principes permettra aux parties en négociation d'établir dans quelle mesure leur approche respecte ces lignes directrices.

L'organisation et le développement d'un transfert de niveau 3 bien planifié peuvent réclamer l'intervention d'un facilitateur pour aider les organismes transmetteurs et receveurs à examiner les critères de dessaisissement, à évaluer les avantages et les incidences des solutions de transfert et à finaliser un plan de transfert.

Apprentissage et partage des renseignements sur le transfert de niveau 3

Pour optimiser les résultats, il faut instaurer des mécanismes permettant de partager les renseignements et les ressources sur les transferts de niveau 3.

Les organismes qui en sont encore aux premiers stades de la négociation et de la planification auront une leçon à tirer de l'expérience de ceux qui ont déjà connu les processus de niveaux 2 et 3. Certains organismes participant aux transferts de niveau 3 auront déjà connu des transferts de niveau 2 et pourront partager des connaissances précieuses sur les deux processus. Les organismes ayant rencontré des difficultés avec le processus de transfert peuvent partager leur expérience pour aider les autres à éviter pareille situation. Ils peuvent aussi faire part des réussites résultant de processus de planification efficaces et de partenariats fructueux.

Soutien des ministères

Pour permettre l'intégration et le transfert des services de niveau 3, un processus doit être mis en place afin d'aborder et de résoudre les problèmes liés aux politiques gouvernementales, aux lignes directrices et aux pratiques susceptibles d'entraver l'intégration.

Ce principe met l'accent sur le rôle que peut jouer le gouvernement et reconnaît qu'il faudra peut-être résoudre certains problèmes pour assurer l'efficacité des transferts de niveau 3. Le gouvernement intervient par le truchement des ministères dont les politiques et les responsabilités opérationnelles sont liées aux programmes de toxicomanie et de santé mentale. Par exemple, le ministère des Services sociaux et communautaires est le principal responsable du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, qui touche de nombreuses personnes participant aux programmes de soins externes.

De plus amples discussions sont nécessaires afin de désigner un site receveur au sein du ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour coordonner la résolution des problèmes stratégiques empêchant l'intégration. Par exemple, certaines politiques pourraient faire obstacle à l'intégration (à savoir, les différences éventuelles entre la grille salariale des infirmières praticiennes des centres de santé communautaire et les taux de rémunération d'un organisme de toxicomanie et de santé mentale).

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devra peut-être envisager d'élaborer des lignes directrices normalisées pour les hôpitaux dessaisis et les organismes receveurs, les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les autres parties prenantes afin de veiller à ce que toutes les parties concernées soient soutenues tout au long du processus de planification et de mise en œuvre.

Le gouvernement doit prévoir des fonds annualisés pour soutenir les modèles novateurs de fourniture des programmes et les pratiques fondées sur l'expérience clinique. Le Groupe de travail a exprimé sa préoccupation quant au fait que les programmes communautaires de santé mentale ont constamment besoin d'augmentations et d'ajustements de leur budget de base pour éviter que celui ci ne s'érode. La question de l'augmentation continue des budgets de base prévus pour les programmes des organismes communautaires fait ressortir la nécessité de définir et de planifier les coûts futurs ainsi que celle d'examiner ces problèmes par rapport au cycle de planification d'activités du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Le Groupe de travail a également remarqué que l'harmonisation des salaires entre les hôpitaux et les organismes communautaires était un problème de longue date. Même si la résolution de cette question était au-delà de la capacité et du mandat de ce Groupe, la législation sur la parité salariale guidera et éclairera idéalement ses futures discussions. Certains craignent l'incidence des transferts de programmes sur les salaires des autres employés des organismes receveurs et, donc, sur la situation financière globale de ces organismes. En outre, on craint que la question de l'harmonisation des salaires puisse avoir des incidences négatives sur l'intérêt qu'auraient de nombreux organismes communautaires à participer aux discussions sur le transfert de programme, ou sur l'intérêt du personnel à accompagner le programme lors de son transfert.

Critères

Lors des premières discussions sur la gamme de programmes de soins externes fournis aussi bien par les hôpitaux que par les organismes communautaires, et sur leurs caractéristiques communes, le Groupe de travail provincial sur le niveau 3 a délibéré pour savoir si tous les programmes de soins externes devaient automatiquement faire l'objet d'un dessaisissement. La question consistait à établir si tous ces programmes pouvaient être considérés de la même manière, compte tenu de leurs nombreuses caractéristiques similaires. Cette question a elle même soulevé d'autres questions et problèmes sur les effectifs et le financement qui sont inextricablement liés à ces programmes. Le Groupe de travail a donc été amené à élaborer des principes directeurs sur la divulgation, le transfert et les coûts liés aux ressources humaines. Il a reconnu que tous les programmes de soins externes n'étaient pas identiques. Puisque chaque collectivité a ses propres besoins et dispose de sa propre gamme locale de services de santé mentale, l'éventail de programmes de soins externes d'une région géographique particulière ne peut pas être considéré collectivement comme approprié pour le dessaisissement.

Compte tenu du risque que ces programmes subissent des changements en termes de personnel, d'environnement de travail et/ou d'emplacement géographique en cas de désaisissement d'un hôpital en faveur d'un organisme communautaire, des critères ont été définis afin d'aider à déterminer les éléments qui rendent un programme admissible à un transfert de niveau 3. Les programmes dont le transfert est envisagé ne doivent pas satisfaire à chacun des critères énoncés ci-après. Cependant, tous les critères doivent être examinés lors des phases préliminaires de négociation et de planification du dessaisissement de niveau 3 afin d'établir la pertinence du transfert d'un programme de soins externes d'un hôpital vers un organisme communautaire de santé mentale.

- Le programme reste entier
  Un programme ne peut pas être jugé admissible au transfert si ce dernier compromet son intégrité opérationnelle. Les programmes de soins externes dépendant d'ententes concernant la prestation de services, de droits d'admission et/ou d'autres éléments qui se combinent pour assurer l'efficacité des services proposés aux clients doivent être maintenus. Il faut éviter toute perturbation du service et préserver la continuité des soins pour les clients.

- Les organismes receveurs démontrent leurs capacités
  Les organismes receveurs potentiels doivent avoir prouvé leurs capacités programmatiques et administratives afin de pouvoir accepter des programmes transférés.

- Les organismes receveurs et transmetteurs ont des activités similaires
  Les organismes communautaires souhaitant accepter des programmes de soins externes d'hôpitaux dessaisis doivent proposer des programmes compatibles dans leur gamme de services existante. Les programmes dont le transfert est envisagé doivent cadrer avec le mandat et les objectifs principaux de l'organisme communautaire receveur.

- Les organismes receveurs peuvent satisfaire aux normes de programme
  Des normes de programme provinciales ont été définies pour les services de soins externes comme les équipes de traitement communautaire dynamique, les interventions en cas de crise et la gestion des cas. Ces normes établissent les attentes relatives aux exigences du programme dans toute la province afin que celui-ci soit appliqué uniformément et qu'il intègre les pratiques fondées sur l'expérience clinique. Les recherches ont montré que le respect des normes de programme engendrait des résultats cliniques positifs pour les clients. Les organismes receveurs éventuels doivent démontrer leur capacité à respecter les normes définies pour les programmes de soins externes.

- La « culture » de l'organisme receveur est compatible avec le programme
  Ce critère énonce simplement l'évidence selon laquelle un organisme négociant un transfert de niveau 3 avec un hôpital dessaisi doit être un milieu adapté au programme concerné. Par exemple, un programme de troubles concomitants reposant sur une philosophie de réduction des préjudices ne se prêterait pas à un transfert vers un organisme communautaire soutenant uniformément un modèle d'abstinence.

- Masse critique : le transfert permet de réaliser des économies d'échelle
  Qu'elle repose uniquement sur la diversité du personnel ou sur les relations nouées avec d'autres partenaires du système de santé, l'expertise associée à un programme de soins externes doit être maintenue afin de continuer à répondre au volume de services et d'améliorer la capacité du secteur communautaire à se spécialiser et à développer ses compétences.

- Le transfert réduit le double emploi des services
  Un programme déjà proposé par des organismes communautaires, dans les mêmes conditions que les hôpitaux, doit faire l'objet d'un dessaisissement, particulièrement lorsque des normes de programme communes garantissent des soins cohérents et une expertise clinique équivalente.

- L'accessibilité des services est préservée et ceux-ci sont proposés plus près du domicile des clients
  Un transfert de niveau 3 d'un hôpital vers un organisme communautaire doit améliorer l'accès des clients aux services en amenant ceux-ci dans leur collectivité.

- Le transfert n'entrave pas l'intégration des autres programmes ou la continuité des soins
  Les transferts de programme doivent améliorer l'intégration générale des services et l'homogénéité des services fournis aux personnes recevant souvent le soutien de nombreux prestataires différents.

- Le programme peut être fourni plus efficacement ailleurs
  Il est plus logique que certains programmes comme les services d'aide à l'emploi soient gérés et fournis par des organismes communautaires ayant démontré leur expertise en la matière. De même, un programme doit être transféré lorsqu'il sera mieux à même d'améliorer la qualité de vie des personnes (à savoir, grâce à la formation professionnelle ou au logement avec services de soutien) et de favoriser leur intégration dans la collectivité.

- Le modèle utilisé est fondé sur des données probantes
  Tous les transferts de niveau 3 doivent cadrer avec les modèles de soins fondés sur des données probantes.

- La philosophie adoptée est axée sur le mieux-être
  Un programme doit être transféré si l'établissement d'accueil contribue à normaliser le rétablissement d'une personne en favorisant son mieux-être en milieu communautaire. En outre, les personnes atteintes d'une maladie mentale grave, tout comme le reste de la population, ont également des besoins en soins primaires, qu'elles présentent ou non des symptômes associés à leur maladie mentale. Cependant, l'idéal est que les fournisseurs de soins primaires soient reliés au personnel des programmes de soins externes afin de pouvoir adopter une approche globale et cohérente pour la fourniture des soins de santé aux clients.

- Le transfert allège le fardeau des hôpitaux
  Les transferts de programmes de niveau 3 peuvent permettre aux personnes atteintes d'une maladie mentale d'être soignées efficacement dans leur milieu de vie et de compter moins souvent sur les services d'urgence des hôpitaux pour leur fournir les soins primaires dont elles ont besoin.

- Le transfert renforce l'intégration, y compris les liens entre la collectivité et les hôpitaux, les attentes en matière de services, la responsabilisation et les volumes
  Les organismes receveurs potentiels qui peuvent améliorer l'efficacité des programmes, obtenir des résultats identiques ou meilleurs et intégrer le programme transféré avec d'autres initiatives de soins de santé sont les candidats à privilégier.

- **Un transfert de niveau 3 ne signifie pas systématiquement un changement dans la composition ou l'emplacement du programme**
  Bien que des programmes de soins externes puissent être admissibles au transfert de niveau 3, il est parfois plus logique qu'ils restent localisés dans un hôpital. Par exemple, une équipe d'urgence dépendant d'un organisme communautaire peut rester localisée dans un hôpital, où elle peut étroitement collaborer avec le personnel du service d'urgence afin de réorienter les personnes n'ayant pas besoin de soins actifs. Ce critère concerne essentiellement l'efficacité des relations de travail entre le personnel de l'hôpital et de l'organisme communautaire, qui préservent la continuité des soins et améliorent l'intégration générale du système.

- **Le transfert soutient le continuum des soins**
  Un programme peut être considéré comme admissible à un transfert vers un organisme communautaire s'il repose sur une collaboration étroite avec d'autres partenaires des soins primaires, actifs et tertiaires afin de fournir aux clients tous les soins de santé dont ils ont besoin.

- **Le transfert maintient la cohérence clinique**
  Il serait logique que certains programmes de soins externes restent sous la responsabilité des hôpitaux. Par exemple, les programmes ponctuels à l'intention des patients externes qui servent de passerelle immédiate entre les soins aux malades hospitalisés et les soins communautaires pour le soutien spécialisé sont essentiels pour préserver la continuité des soins parce qu'ils créent un processus naturel de « diminution progressive des soins » ou de « transition » vers les autres domaines du secteur de la santé mentale.

- **Le transfert privilégie les besoins des clients et leurs avantages**
  Les programmes qui disposent d'une souplesse et de structures de gestion orientées vers un mode de fonctionnement qui se fonde sur les besoins individuels des clients plutôt que sur des avantages pour l'organisme ou les prestataires sont de meilleurs candidats pour le transfert de niveau 3.

- **L'organisme peut fonctionner 24 heures sur 24 si le programme l'exige**
  De nombreux programmes de soins externes comme les services d'intervention en cas de crise ou les services de lits sûrs doivent être accessibles 24 heures sur 24. Les organismes receveurs potentiels doivent pouvoir assurer la même disponibilité afin de maintenir l'intégrité du programme transféré.

- **Des protocoles formels sont établis pour les modalités d'admission et de sortie**
  Les programmes de soins externes comme les équipes de traitement communautaire dynamique respectent des normes provinciales imposant des protocoles pour l'admission et la sortie des clients. Le cas échéant, les programmes considérés comme admissibles au transfert de niveau 3 doivent avoir des procédures formelles d'admission et de sortie afin de s'assurer le maintien de la continuité des soins.

- **La supervision requise peut être assurée à proximité**
  Si un programme exige une supervision formelle par du personnel qui n'est pas localisé au même endroit que lui, ou si les superviseurs requis ne sont disponibles que sur un seul site déterminé, le milieu le mieux à même d'accueillir le programme sera celui où la supervision sera la plus accessible.

- **Des possibilités de changement existent**
  L'organisation et la fourniture des services de santé sont dynamiques et évolutives. Les possibilités de changement peuvent se présenter d'elles-mêmes et servir de catalyseurs pour initier le dessaisissement de niveau 3.

La voie de l'avenir

Le Groupe de travail provincial sur le niveau 3 a été l'occasion de réunir des personnes des secteurs des soins actifs, des hôpitaux spécialisés et des services communautaires de santé mentale afin d'élaborer des principes et de partager des conseils sur des questions systémiques, programmatiques et financières communes liées aux transferts de niveau 3. Pendant son mandat, le Groupe de travail a réussi à clarifier les directives provinciales sur l'importance de l'intégration, de la souplesse et d'une philosophie de soins axée sur la personne en tant que principes qui contribueront à répondre aux différents besoins des diverses régions de l'Ontario, au fil de l'évolution des soins de santé.

Le tableau des soins de santé en Ontario prend l'aspect d'un environnement où les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) seront responsables de la planification, de l'intégration et du financement des services locaux de santé dans toutes les régions de la province. Il est donc essentiel de les faire participer aux prochaines étapes de ce processus. Les RLISS sont destinés à être responsables des services de santé fournis dans les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les centres de santé communautaire, les services de soutien communautaire et les organismes de santé mentale. Ils reposent sur le principe selon lequel les soins communautaires sont plus efficaces lorsqu'ils sont planifiés, coordonnés et financés de manière intégrée au sein de la collectivité parce que les résidents et les fournisseurs locaux sont les mieux placés pour définir leurs propres besoins et priorités en matière de soins de santé. Ce principe fait des RLISS les candidats idéaux pour initier les discussions locales visant à négocier les transferts de niveau 3.

Si les RLISS sont peut être les mieux placés pour ouvrir le dialogue sur les transferts de niveau 3, tous les débats à ce sujet ne doivent pas pour autant commencer à leur niveau. De nombreuses entités différentes (hôpitaux, organismes communautaires, tables rondes de planification locale, etc.) peuvent aisément amorcer la discussion sur les transferts de niveau 3.

Les principes élaborés spécifiquement pour le dessaisissement de niveau 3 peuvent être appliqués plus largement aux étapes de planification de tout transfert de programme. Cependant, ce rapport s'intéresse uniquement aux transferts des services de soins externes.

Les principes relatifs au dessaisissement de niveau 3 envisagent un système de santé mentale comprenant à la fois des hôpitaux et des organismes communautaires, où l'intégration de l'ensemble du système tient compte de tous les déterminants de la santé d'une personne, sans égard au lieu où les programmes sont offerts ni au type d'organisation qui les administre. Les principes présentés dans ce rapport encouragent la discussion sur le dessaisissement entre les parties prenantes locales aux premières étapes de la planification. Ils visent à éclairer le processus, à permettre aux parties prenantes de se concentrer sur leur tâche et à faciliter la gestion du processus de dessaisissement.

En conclusion, les principes, les définitions opérationnelles et les critères présentés dans ce rapport sont le résultat des efforts communs des prestataires et des administrateurs qui ont collaboré à l'élaboration d'une vision commune selon laquelle chacun s'efforcera systématiquement d'investir dans des services communautaires soutenant l'ensemble du système de santé mentale et engendrant les meilleurs résultats possibles pour les clients.

Liste des participants

Carrie Hayward, présidente

Carrie Hayward a présidé le Groupe de travail provincial sur le niveau 3. directrice de la santé mentale et des dépendances, elle est responsable des programmes communautaires de santé mentale, des initiatives de toxicomanie et des logements avec services de soutien. La Direction de la santé mentale et des dépendances est chargée d'importants investissements dans le secteur des services communautaires de santé mentale, y compris le développement de la gestion des cas, les équipes de traitement communautaire dynamique, les programmes d'intervention en situation de crise et d'intervention précoce dans le traitement des psychoses ainsi que d'une nouvelle initiative visant à aider les personnes atteintes d'une maladie mentale à rester en dehors du système de justice pénale. Carrie a apporté à ce dossier sa vaste expérience de cadre dirigeant dans le domaine de l'élaboration des programmes et des politiques au sein du gouvernement et en dehors.

Avant de rejoindre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Carrie était chargée de développer à SAUVE-QUI-PENSE des programmes nationaux de prévention des blessures axés sur les enfants, les jeunes et les personnes âgées. Dans le cadre de l'emploi qu'elle occupait auparavant au ministère de la Santé, elle était responsable des initiatives relatives aux droits des patients, des centres d'accès aux soins communautaires, de l'expansion des réseaux d'IRM et de télémédecine, de Télésanté Ontario, des stratégies d'amélioration de la santé de la population visant notamment l'asthme et l'ostéoporose et de la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones. Carrie Hayward a obtenu un baccalauréat spécialisé en étude du milieu à la School of Urban and Regional Planning de l'Université de Waterloo.

Nancy Cornwell

Nancy Cornwell est actuellement directrice de programme à Sudbury, au Bureau régional du Nord (ministère de la Santé et des Soins de longue durée). Elle a notamment été responsable de tous les programmes communautaires de santé mentale et de toxicomanie dans la région du Nord, ainsi que de l'hôpital psychiatrique spécialisé et des deux hôpitaux psychiatriques provinciaux dessaisis de la région.

La compétence géographique de Nancy comprend les districts de Nipissing, Timiskaming, Muskoka et Parry Sound, et inclut leurs hôpitaux généraux, tous les établissements et les programmes de soins de longue durée ainsi que les centres d'accès aux soins communautaires. Nancy a activement participé au processus de dessaisissement de l'Hôpital psychiatrique de North Bay et de l'Hôpital psychiatrique Lakehead.

Avant de travailler pour le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Nancy a été administratrice associée à l'Hôpital psychiatrique de North Bay. Son expérience administrative dans le continuum des programmes de santé mentale et de toxicomanie, ainsi que sa propre expérience du processus de dessaisissement, font de Nancy un membre bien informé du Groupe de travail provincial sur le niveau 3.

Robert E. Cunningham

Robert Cunningham est président-directeur général du Centre de santé mentale du Nord-Est et travaille sur le site de North Bay. Il est membre agréé du Collège canadien des directeurs de services de santé. Il possède une connaissance approfondie du secteur de la santé mentale et une vaste expérience en tant que cadre dirigeant dans le domaine de la fourniture de services de soins spécialisés, actifs et communautaires.

M. Cunningham a précédemment occupé le poste de directeur général de Mental Health Services-Hastings Prince Edward, où il a dirigé la fusion du personnel et des services de trois organisations afin de créer un organisme communautaire de santé mentale polyvalent. Auparavant, il a été administrateur des hôpitaux psychiatriques provinciaux de St. Thomas et de London, de 1986 jusqu'au transfert de leur gouvernance vers le St. Joseph's Health Care, conformément aux directives de la Commission de restructuration des services de santé. Il possède également une expérience formelle de la planification des services de santé en tant que directeur général (de 1982 à 1986) et fondateur du Conseil régional de santé de Haldimand-Norfolk.

Winnie Doyle

Winnie Doyle est vice-présidente du programme intégré de santé mentale et de toxicomanie du Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton et du Hamilton Health Sciences Centre. Elle est également vice-présidente des programmes de réadaptation et de soins continus complexes et chef de direction des soins infirmiers du St-Joseph.

Winnie a obtenu sa maîtrise en administration des soins infirmiers à l'Université de Toronto en 2000. Elle travaille dans le secteur de la santé mentale depuis 20 ans, ayant d'abord été travailleuse de première ligne, infirmière clinicienne, infirmière gestionnaire/éducatrice puis directrice des soins infirmiers au Centre for Mountain Health Services du Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton.

Elle est chargée de l'administration du programme de santé mentale pour les trois campus du Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton et du Hamilton Health Sciences Corporation et gère un budget annuel de plus de 60 millions de dollars.

Winnie a dirigé l'intégration des programmes hospitaliers de santé mentale à Hamilton et la coordination du transfert des lits de soins actifs en santé mentale du Hamilton Health Sciences vers le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton. Elle a dirigé la rénovation des infrastructures du Centre for Mountain Health Services afin d'y accueillir 202 lits. Elle a également contribué au développement du service médico-légal de moyenne sécurité du Centre for Mountain Health Services et facilité l'élaboration du programme de certification aux pratiques de soins infirmiers en santé mentale et en psychiatrie, en collaboration avec l'école de sciences infirmières de l'Université McMaster.

Amy S. Herskowitz, secrétaire

Amy S. Herskowitz était secrétaire du Groupe de travail provincial sur le niveau 3 et a rédigé le rapport final avec l'aide rédactionnelle des autres membres du Groupe. Elle est analyste principale des programmes pour le Programme de santé mentale du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Amy a travaillé pour le gouvernement de l'Ontario au cours des cinq dernières années, au service du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, où elle s'est occupée principalement de la réforme des soins primaires, de la réforme des services de santé mentale et des questions opérationnelles et stratégiques en matière de santé mentale pour les enfants, les jeunes et les adultes.

En dehors de la fonction publique, Amy est consultante et éducatrice indépendante en matière de santé, spécialisée dans la sensibilisation aux troubles alimentaires et aux comportements autodestructeurs et dans leur prévention. Ayant travaillé comme prestataire de services de première ligne dans l'intervention en situation de crise et la promotion de la santé au Toronto General Hospital, elle continue à animer un groupe de soutien hebdomadaire gratuit sur les troubles de l'alimentation et d'autres formes de comportements autodestructeurs dans la région de York. Amy élabore et propose des ateliers et des présentations créatifs et interactifs aux cliniciens, éducateurs et étudiants sur des questions comme le poids et le souci du corps, les modes de vie sains et la Triade de l'athlète féminine. Elle participe activement aux groupes d'intervention, de recherche et de traitement des troubles alimentaires à Toronto et à l'échelle nationale. Elle a obtenu son baccalauréat spécialisé en anglais et en sociologie médicale à l'Université Western Ontario en 1996 et sa maîtrise ès sciences en pathophysiologie et en psychologie du sport à l'Université de Toronto en 2002.

Pamela Hines

Pamela Hines, M.S.S., est depuis 18 ans directrice générale de la filiale du comté de Windsor-Essex de l'Association canadienne pour la santé mentale. Au cours de cette période, elle a fait partie de nombreux comités provinciaux.

La filiale du comté de Windsor-Essex est le principal prestataire de services communautaires de santé mentale pour Windsor-Essex et a reçu un agrément de trois ans du Conseil canadien d'agrément des services de santé en août 2005.

Les services qu'elle fournit aux personnes souffrant d'une maladie mentale grave comprennent :

- la gestion des cas graves avec des services spécialisés dans la justice, l'intervention précoce, l'ordonnance de traitement en milieu communautaire et le programme de santé mentale pour personnes âgées;

- le logement avec services de soutien, le soutien intensif 24 h par jour, les foyers de groupe et les lits sûrs;
- les services de formation professionnelle et d'aide à l'emploi.

La filiale du comté de Windsor-Essex a été un chef de file dans l'intégration des services de santé mentale et des soins primaires. Elle a récemment été agréée en tant que centre de santé communautaire satellite. Elle est également l'un des quatre partenaires de l'Équipe Santé familiale qui vient d'être agréée à Leamington.

Pamela a auparavant travaillé sept ans au ministère des Services sociaux et communautaires en tant que superviseure de programmes dans la région formée par les trois comtés d'Essex, de Lambton et de Kent, et cinq ans au sein de la Roman Catholic Children's Aid Society.

Cliff Nordal

Président-directeur général du St. Joseph's Health Care (London), Cliff Nordal a obtenu une maîtrise en administration des affaires à l'Université York et un baccalauréat ès sciences avec spécialisation en physique à l'Université du Dakota du Nord. Ancien président et membre du Collège canadien des directeurs de services de santé, Cliff fait également partie d'un certain nombre d'associations provinciales et nationales. Il siège actuellement au Comité consultatif du Rapport sur les hôpitaux de l'Association des hôpitaux de l'Ontario (ministère de la Santé et des Soins de longue durée) et aux conseils d'administration du Lawson Health Research Institute et de la New St. Joseph's Health Care Foundation.

Depuis le 1er janvier 2006, Cliff occupe le poste de président-directeur général du London Health Sciences Centre, en plus de son rôle au St. Joseph's Health Care de London. Cliff siège également aux conseils d'administration du Council of Academic Hospitals of Ontario et de l'Association Catholique de la Santé de l'Ontario.

Don Palmer

Don est depuis 1992 directeur général de Causeway Work Centre, un organisme communautaire de santé mentale desservant l'Est de l'Ontario. Causeway propose actuellement un programme de formation préprofessionnelle et d'emploi assisté qui inclut diverses pratiques exemplaires et des approches d'emploi communautaire. Jusqu'en 2005, Causeway était l'un des 13 programmes de clubs de la province financés par le ministère et le seul club de l'Est de l'Ontario. Il faisait partie du International Center for Clubhouse Development et a obtenu le niveau d'agrément le plus élevé qu'accorde cette association.

Don travaille depuis 30 ans dans le domaine des services à la personne et de la gestion des opérations. Sa vaste expérience s'étend de la gestion des programmes à la fourniture de services directs à des personnes souffrant de handicaps variés.

Don siège au Comité des relations communautaires du Centre de toxicomanie et de santé mentale. Il a été nommé par le ministre de la Santé au conseil consultatif communautaire de l'Hôpital psychiatrique de Brockville, auquel il a siégé pendant cinq ans jusqu'à ce que la gouvernance en soit transférée aux Services de santé Royal Ottawa. Don a fait partie du Comité consultatif des politiques de soutien à l'emploi, qui a élaboré la politique de l'Ontario sur les aides à l'emploi pour les personnes souffrant d'une maladie mentale grave, intitulée « *La clé du succès* ». Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée l'a également nommé au conseil consultatif du Ontario Council of Alternative Businesses. Don a fait partie du Groupe d'étude sur la mise en œuvre de la réforme des services de santé mentale du district de Champlain et a été chargé de rédiger la section du rapport de ce groupe consacrée à l'emploi et à l'éducation.

Judy Shanks

Judy Shanks est directrice générale de la filiale Cochrane-Timiskaming de l'Association canadienne pour la santé mentale, un organisme dont le budget d'immobilisations et de fonctionnement dépasse les 17 millions de dollars et qui possède un effectif de plus de 125 personnes.

La filiale Cochrane-Timiskaming dessert des collectivités rurales ayant une population de 1 500 à 50 000 habitants, de Timmins à Timiskaming Shores, et couvre un territoire de plus de 100 000 kilomètres carrés.

Judy a toujours défendu avec conviction le Nord de l'Ontario et a travaillé sans relâche pour cette région. Elle possède de nombreuses années d'expérience dans le domaine des services communautaires de santé mentale. La filiale possède deux équipes de traitement communautaire dynamique ainsi que des services de gestion des cas, de soutien communautaire, de soutien au logement, d'intervention dans les cas de

violence familiale, d'éducation du public ainsi que de déjudiciarisation et d'aide aux personnes présentant un diagnostic mixte. Elle a évolué progressivement au fil du temps, devenant partie intégrante de toutes les collectivités qu'elle dessert.

Judy a fait partie du groupe d'étude sur la mise en œuvre de la réforme des services de santé mentale du Nord-Est. Elle a siégé pendant deux ans au Comité consultatif provincial de la réforme des services de santé mentale du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Elle a été vice-présidente du Conseil régional de santé de Cochrane et a présidé le réseau des directeurs généraux ainsi que le comité sur la réforme des services de santé mentale de l'Association canadienne pour la santé mentale – division de l'Ontario. Elle préside actuellement le Comité des plaintes de l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario et continue à participer à divers comités provinciaux sur la santé mentale. Elle fait également office de mentor pour nombre de ses collègues.

Bruce H. Swan

Bruce Swan est président-directeur général des Services de santé Royal Ottawa.

Membre du Collège canadien des directeurs de services de santé, Bruce possède la vision et le leadership essentiels à la mise en place d'un système de soins de santé axé sur le client et reposant sur l'efficacité, l'intégration et la collaboration. Il est titulaire d'un diplôme universitaire supérieur en administration hospitalière de l'Université de Toronto et d'un baccalauréat en commerce de l'Université Queen's.

Auparavant, Bruce a été directeur général des services de santé mentale pour la région sanitaire de Calgary, où il a travaillé à améliorer l'efficacité administrative et les résultats pour les patients d'un système de santé mentale vers lequel évolue l'Hôpital Royal Ottawa. Bruce possède également plus de 10 ans d'expérience en tant que visiteur pour le Conseil canadien d'agrément des services de santé, qui évalue le respect des normes relatives à la fourniture des soins de santé.

Au total, Bruce possède plus de 27 ans d'expérience directe à des postes supérieurs dans un certain nombre d'organismes de soins de santé du Canada, particulièrement dans les provinces de l'Ouest. Il est particulièrement qualifié dans la planification stratégique et le renouveau organisationnel et utilise une philosophie qui valorise les contributions de chaque partie prenante.

Bruce s'efforce de rechercher le consensus et d'assurer l'intégration efficace des services de santé communautaire. Il croit à la mise en place d'un environnement de travail positif et interactif fondé sur un esprit de collaboration propice à l'instauration d'un changement favorable.

Brent Woodford

Brent Woodford est actuellement directeur général du Adult Mental Health Services of Haldimand-Norfolk, un organisme communautaire de santé mentale qui propose aux collectivités rurales et isolées des services de counseling et de traitement, de gestion de cas des personnes ayant accepté une ordonnance de traitement en milieu communautaire, des services gériatriques spécialisés, une ligne d'urgence pour l'évaluation et le soutien des personnes ayant un problème de santé mentale ainsi qu'un centre de ressources pour les clients/survivants.

Auparavant, Brent a été directeur général de l'administration de Fort Smith (ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest), où il était chargé de l'ensemble des services sociaux et de santé de cette région.

Brent est titulaire d'une maîtrise en sciences de la santé (administration) et directeur agréé des services de santé. Ses autres domaines d'intérêts sont l'efficacité des programmes et leur évaluation.

Remerciements particuliers

Marc Piquette

Marc Piquette a fait partie du Groupe de travail provincial sur le niveau 3 avant la nomination de Robert Cunningham au poste de président-directeur général du Centre de santé mentale du Nord-Est. Il est avocat, membre du Barreau du Haut-Canada et titulaire d'une maîtrise en administration des affaires.

Marc possède plus de 10 ans d'expérience en tant que cadre supérieur dans le secteur des soins de santé. Il a notamment été directeur général des Services au Centre de santé mentale du Nord-Est et directeur des relations de travail à l'Hôpital régional de Sudbury. Avant de rejoindre le système de soins de santé, Marc était avocat associé dans une société d'avocats spécialisée dans les questions liées au travail, à l'emploi et aux ressources humaines.

Marc a également siégé à un certain nombre de comités provinciaux sur les soins de santé, dont le groupe consultatif stratégique sur les ressources humaines des services de santé provinciaux (Association des hôpitaux de l'Ontario), le groupe consultatif sur la santé mentale de l'Équipe de recherche pour le rapport sur les hôpitaux, le comité sur le dessaisissement des hôpitaux psychiatriques provinciaux (Association des hôpitaux de l'Ontario) et l'équipe centrale de négociation de l'Association des hôpitaux de l'Ontario – SCFP. Le Conseil ontarien des affaires collégiales l'a également nommé représentant aux conseils d'arbitrage.

Remplaçants

Les remplaçants du Groupe de travail provincial sur le niveau 3 se sont substitués aux membres originels lorsque ceux-ci n'avaient pas la possibilité de participer à une réunion. Leur participation a été indispensable et a permis d'assurer la continuité du groupe de travail. Leur contribution a été extrêmement importante et tout aussi précieuse pour la préparation de ce rapport final.

Kathleen A. Fyfe, CA

Kathleen Fyfe est un cadre dirigeant expérimenté qui occupe actuellement le poste de directrice générale intérimaire des Services au Centre de santé mentale du Nord-Est.

M^me^ Fyfe a joué un rôle déterminant pour le Centre de santé mentale du Nord Est en ce qui concerne le transfert de l'Hôpital psychiatrique de North Bay vers celui-ci en novembre 2005, l'élaboration du nouveau projet hospitalier conjoint – le Centre régional de santé de North Bay – et le transfert local des programmes de district et des programmes communautaires.

Peter Szota

Peter est actuellement directeur administratif du Centre de soins de santé St Joseph de Hamilton et est essentiellement chargé de l'hôpital psychiatrique provincial dessaisi. Il s'est principalement intéressé au développement du système, à la planification du dessaisissement, au rétablissement et aux initiatives d'entraide. Il possède plus de 20 ans d'expérience en tant que cadre dirigeant dans le secteur des soins de santé et a notamment rempli des fonctions de leadership en santé mentale dans des hôpitaux d'enseignement, des hôpitaux communautaires et des organismes communautaires de santé mentale. Il a été directeur général d'un organisme communautaire de santé mentale et administrateur d'un centre de santé mentale pour enfants.

Sandy Whittall

Sandy est actuellement vice-présidente des services intégrés des programmes de santé mentale pour le St. Joseph's Health Care de London et le London Health Sciences Centre. Entre 1999 et 2002, Sandy a été la première vice-présidente des réseaux et des alliances stratégiques intégrés (ISAN) pour les deux hôpitaux de London. Au cours de son mandat, Sandy et l'équipe de l'ISAN ont dirigé un grand nombre d'initiatives régionales et permis aux hôpitaux de London de nouer des relations positives et efficaces avec les hôpitaux régionaux, les partenaires en matière de soins communautaires et les représentants du ministère.

Auparavant, Sandy a travaillé pour le London Health Sciences Centre et y a occupé divers postes de direction dans les domaines administratifs et des soins infirmiers.

Références

Conseil canadien d'agrément des services de santé. (2002). *Achieving Improved Measurement Standards*, deuxième édition.

Panel consultatif d'experts en services psychiatriques médico-légaux. (Décembre 2002). *Assessment, Treatment and Community Re-Integration of the Mentally Disordered Offender, Final Report.* Soumis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Disponible en ligne à : www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/mhitf/forensic_panel/final_report.pdf

Commission de restructuration des services de santé. (Mars 2000). *Regard sur le passé, regard vers l'avenir – Plan d'action en sept points.* Soumis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Disponible en ligne à : www.health.gov.on.ca/hsrc/Seven.doc

Commission de restructuration des services de santé. (Mars 2000). *Looking Back, Looking Forward: The Ontario Health Services Restructuring Commission (1996–2000). A Legacy Report* (Regard sur le passé, regard vers l'avenir : Résumé du rapport de travail de la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario (1996–2000)). Soumis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Disponible en ligne à : www.health.gov.on.ca/hsrc/HSRC.pdf

Équipe de mise en œuvre de la réforme des services de santé. (Février 2003). *Planning Principles for Post Tier 1 Divestment of Psychiatric Beds and Services.* Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Disponible en ligne à : www.health.gov.on.ca/english/providers/program/mentalhealth/mohtier3/tier3_pab/tier1_planning_principles.pdf

Forum provincial des groupes d'étude sur la mise en œuvre de la réforme des services de santé mentale. (Décembre 2002). *The Time Is Now: Themes and Recommendations for Mental Health Reform in Ontario. Soumis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.* Disponible en ligne à : www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/mhitf/provincial_forum/provincial_forum.pdf.

White, K. W. (facilitateur). (Août 2005). *Final Report on the Transfer of District and Local Mental Health & Addictions Program in Northeastern Ontario.* Soumis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Annexe

Glossaire

Centre universitaire des sciences de la santé : alliance entre :

- une université avec une faculté des sciences de la santé ou une école de médecine,
- un hôpital d'enseignement affilié à part entière
- et un personnel médical qui détient des droits d'admission dans l'hôpital d'enseignement et une nomination professorale de l'université.

Les centres universitaires des sciences de la santé sont à la fois des centres de référence et des centres d'excellence dans les services cliniques spécialisés; ils fournissent un enseignement médical à des étudiants et mènent des recherches médicales.

Soins actifs : traitement médical à court terme, généralement dispensé dans un hôpital pour les patients qui sont atteints subitement de maladie, de blessure ou qui se remettent d'une intervention chirurgicale.

Réforme des services de santé mentale : en 1998, le gouvernement de l'Ontario a lancé un plan visant à réformer le système de santé mentale provincial. Il a écouté les principales parties prenantes – notamment, les consommateurs, leur famille et les prestataires de services – accueillant leurs points de vue sur les changements concernant la manière dont les services de santé mentale sont fournis. Grâce à la réforme des services de santé mentale, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée est passé à un système souple, coordonné et responsable de services communautaires afin de fournir les services nécessaires et de permettre aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave d'obtenir de l'aide à proximité de chez elles.

Soins tertiaires : soins médicaux hautement spécialisés dispensés sur une période généralement prolongée qui font intervenir des procédures et des traitements avancés et complexes prodigués par des spécialistes médicaux dans des infrastructures ultramodernes et souvent dotées d'équipements de technologie de pointe.

Dessaisissement de niveau 1 : processus de transfert de la gouvernance et de la gestion d'un hôpital psychiatrique provincial vers le conseil d'administration d'un hôpital public.

Dessaisissement de niveau 2 : processus ultérieur de transfert des lits psychiatriques et des services connexes reçus par le conseil d'administration d'un hôpital public receveur de niveau 1 (d'un hôpital psychiatrique provincial) vers un autre hôpital public, conformément aux directives de la Commission de restructuration des services de santé.

Dessaisissement de niveau 3 : processus de transfert des programmes et des services d'un ancien hôpital psychiatrique provincial vers un organisme communautaire (aussi désigné par l'expression « réinvestissement communautaire »).

N° de catalogue CIB-97408E 25 September 2008 © Imprimeur de la Reine pour l'Ontario

Ontario